

# ÜRİNER İNKONTİNANS KILAVUZU

(Metin güncelleme Mart 2009)

A. Schröder, P. Abrams (Eş-başkan), K.-E. Andersson,  
W. Artibani, C.R. Chapple, M.J. Drake, C. Hampel,  
A. Neisius, A. Tubaro, J.W. Thüroff (Başkan)

## Giriş

Üriner inkontinans (UI) erkeklere göre kadınlarda çok daha sıktır ve prevalansı yaşla birlikte artmaktadır. Başarılı bir tedavi için, standart bir yaklaşım önerilmektedir. Bu yaklaşıma göre ilk karşılaşmada hastanın tıbbi öyküsü dikkatlice değerlendirilir, ardından fizik muayene ve temel tanısal testler yapılır.

Tanı belirsizse veya daha fazla inceleme gerekiyorsa hasta bir uzmana sevk edilmelidir. Burada hastaya uygun tanısal testler yapılır ve özgün tedavisi endike olduğu üzere başlatılır.

Burada sunulan algoritmalar tanıdan tedaviye bir yol sağlar. Kolay bir genel değerlendirme için hastalar alt gruplara ayrılmıştır (kadınlar, erkekler, çocuklar, düşkün/yaşlı kişiler ve nörojen mesanesi olan hastalar) ve her bir algoritma aynı tarz izlenerek oluşturulmuştur.

UI'nın tetkiki için geçerliliği kanıtlanmış ICIQ-SF anketi önerilmektedir.

## Geçerliliği kanıtlanmış ICIQ-SF anketi

ICIQ-SF											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Başlangıç sayısı						GÜN		AY		YIL	
Bugünün tarihi											

Pek çok insan bazen idrar kaçıır. Kaç kişinin idrar kaçırdığını ve bunun kendilerini ne kadar rahatsız ettiğini öğrenmek istiyoruz. GEÇEN DÖRT HAFTA içinde ortalama olarak nasıl olduğunuzu düşünerek aşağıdaki soruları yanıtlarsanız memnun oluruz.

1 Lütfen doğum tarihinizi yazınız:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
GÜN		AY		YIL	

2 Cinsiyetiniz (birini işaretleyiniz):

Kadın  Erkek

3 Hangi sıklıkla idrar kaçıyorsunuz? (bir kutuyu işaretleyiniz)

hiçbir zaman	<input type="checkbox"/>	0
haftada bir veya daha az	<input type="checkbox"/>	1
haftada iki-üç kez	<input type="checkbox"/>	2
günde bir kez	<input type="checkbox"/>	3
günde birkaç kez	<input type="checkbox"/>	4
her zaman	<input type="checkbox"/>	5

4 Ne kadar idrar kaçırdığınızı düşündüğünüzü bilmek istiyoruz.

Genellikle ne kadar idrar kaçıyorsunuz (koruyucu giyseniz de giymeseniz de)? (birini işaretleyiniz)

hiç	<input type="checkbox"/>	0
az miktarda	<input type="checkbox"/>	2
orta miktarda	<input type="checkbox"/>	4
çok miktarda	<input type="checkbox"/>	6

5 Genelde, idrar kaçırmanız günlük yaşamınızı ne kadar etkilemektedir?

Lütfen 0 (hiç) ve 10 (çok fazla) arasındaki bir sayıyı yuvarlak içine alınız

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç										Çok fazla

ICIQ skoru: toplam skor 3+4+5

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

6 Ne zaman idrar kaçıyor? (Sizin için geçerli olanların tümünü işaretleyiniz)

hiçbir zaman – hiç idrar kaçırmıyor	<input type="checkbox"/>
tuvalete yetişmeden önce kaçıyor	<input type="checkbox"/>
öksürdüğünüzde ya da hapsirdiğinizde kaçıyor	<input type="checkbox"/>
uyurken kaçıyor	<input type="checkbox"/>
fiziksel aktivite/egzersiz yaparken kaçıyor	<input type="checkbox"/>
tuvaletinizi bitirip kıyafetinizi giydiğinizde kaçıyor	<input type="checkbox"/>
açık bir neden yokken kaçıyor	<input type="checkbox"/>
her zaman kaçıyor	<input type="checkbox"/>

Bu soruları yanıtladığınız için çok teşekkür ederiz.

## Farmakoterapi

Üriner inkontinans tedavisi için kullanılan ilaçlar bazı hastalarda etkin olabilirler; fakat yan etkileri vardır ve sıklıkla uzun süre kullanılamazlar. Bu nedenle, bunların konservatif ve cerrahi tedaviye yardımcı olarak düşünölmeleri daha doğru olur.

AAM tedavisinde antimuskariniklerin önemli klinik yararı vardır. Piyasadaki ilaçların hangisinin birinci, ikinci veya üçüncü basamak tedavi olarak kullanılması gerektiğine ilişkin herhangi bir görüş birliği sağlanamamıştır. Optimal tedavi kişiye özel olmalıdır ve hastanın komorbiditeleri, eş zamanlı kullanılan ilaçlar ve farklı ilaçların farmakolojik profilleri dikkate alınmalıdır.

SUI'nın farmakolojik tedavisinde amaç düz ve çizgili üretral kasların tonusunu artırarak üretranın kapanması üzerindeki etkinin artırılmasıdır. Bu tür bir artışa birkaç ilaç katkıda bulunabilir; fakat düşük etkinlikleri ve/veya yan etkileri klinik kullanımlarını sınırlamaktadır.

Taşma tipi idrar kaçırmanın tedavisinde parasempatomimetik ilaçlar veya  $\alpha 1$ -adrenoreseptör antagonistleri ile henüz herhangi bir randomize kontrollü çalışma yapılmadığı için, taşma inkontinansının medikal tedavilerini seçerken yalnızca ampirik temele dayanılabileceği bilinmelidir. Taşma inkontinansının herhangi bir medikal tedavisinin etkisi hakkında karar verebilmek için, bu ilacın rezidüel idrarı ("taşma inkontinansının" altta yatan nedeni) azaltıcı etkisi sonda veya cerrahinin etkisi ile karşılaştırılmalıdır. Bugüne kadar bu tür bir karşılaştırmanın yapıldığı klinik veri mevcut değildir.

Düşük doz (lokal) vajinal östrojen tedavisi ile ürogenital atrofi semptomları ve sitolojik değişikliklerinin tersine çevrildiğine ilişkin iyi kanıt bulunmasına karşın, alt üriner sistem üzerinde doğrudan bir etki söz konusu olmadığından progesteronlu veya progesteronsuz östrojenlerin üriner inkontinans tedavisinde kullanılabileceğine dair güncel bir kanıt yoktur.

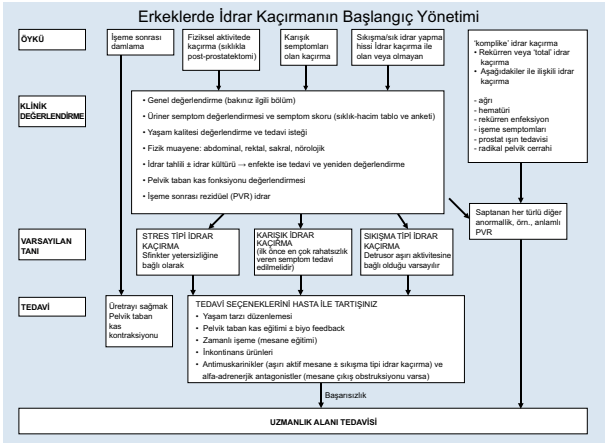
Desmopressin tüm çalışmalarda iyi tolere edilmiştir ve gece işemelerini plaseboya nazaran anlamlı derecede iyileştirmiş ve kesintisiz uyku saatlerini arttırmıştır. Hiponatremi riski, yaş, kalp hastalığı ve 24 saatlik idrar hacminin artması ile birlikte artmaktadır ve bir meta-analizde %7.6 oranında görüldüğü saptanmıştır.

## Erkeklerde İdrar Kaçırma Yönetimi

Erkeklerde başlangıç değerlendirmesi bir uzmanın yönetimine sevk edilmesi gereken “komplike” inkontinansı bulunan hastaların genel değerlendirme için uygun olanlardan ayrılması şeklinde yapılır.

Erkeklerde UI başlangıç tedavisi ile ilgili öneriler	ÖD
• Yaşam tarzı düzenlemesi	NR
• Prostatektomi sonrası SUI için kontrollü pelvis tabanı egzersizi	B
• AAM için planlı işeme rejimleri	C
• İşeme sonrası anlamlı miktarda rezidüel idrar yoksa, sıkışma tipi idrar kaçırma ile veya tek başına AAM semptomları için anti-muskarinik ilaçlar	C
• Ayrıca mesane çıkışı obstruksiyonu varsa alfa-adrenerjik antagonistler (alfa-blokerler) eklenebilir	C

ÖD=öneri derecesi; NR=henhangi bir öneri mümkün değil.



Önceki tedavinin yetersiz olduğu düşünülüyorsa uzman başlangıç tedavisini yeniden uygulayabilir.

Erkeklerde cerrahi düzeltme için uygun olan idrar kaçırma; etiyojisine göre sfinkter ile ilişkili kaçırma (postoperatif-posttravmatik ve konjenital), mesane ile ilişkili kaçırma ve fistül olarak sınıflandırılabilir:

## Erkeklerde cerrahi olarak düzeltilebilir UI etiyojik sınıflandırması

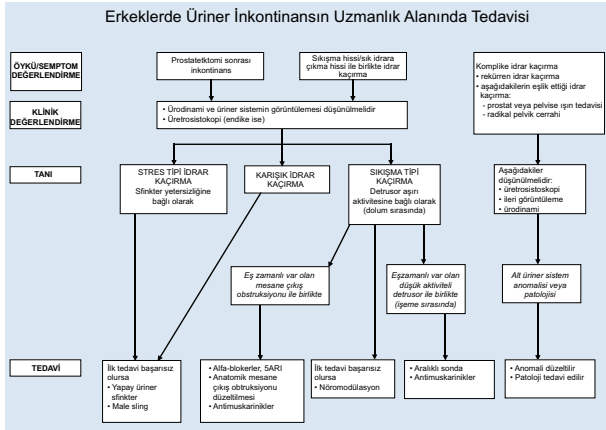
### Sfinkterle ilişkili

#### Post-operatif

- Bening hastalık için prostatektomi sonrası
- Prostat kanseri için prostatektomi sonrası
- Prostat kanseri için radyoterapi, brakiterapi, kriyocerrahi, HIFU sonrası
- Mesane kanseri için sistektomi sonrası ve yeni neobladder

• Post-travmatik
• Prostatomembranoz kopma sonrası ve üretral rekonstrüksiyon
• Pelvik taban travması
• Ekstrofi ve inkontinanslı epispadias
<b>Mesane ile ilişkili</b>
• Refrakter UUI (aşırı aktif mesane)
• Mesane kapasitesi azalması
<b>Fistül</b>

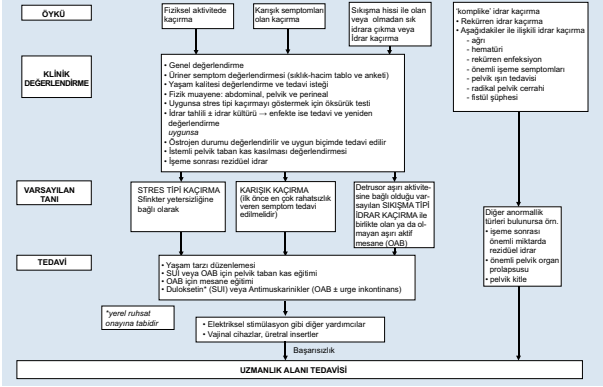
HIFU = yüksek yoğunluklu odaklı ultrason



## Kadınlarda İdrar Kaçırma Yönetimi

Kadınlarda başlangıç değerlendirmesi, “komplike” idrar kaçırması bulunan hastaların genel değerlendirme için uygun olanlardan ayrılması ve bir uzmanın yönetimine sevk edilmesi şeklinde yapılmalıdır.

## Kadınlarda İdrar Kaçırma Başlangıç Yönetimi



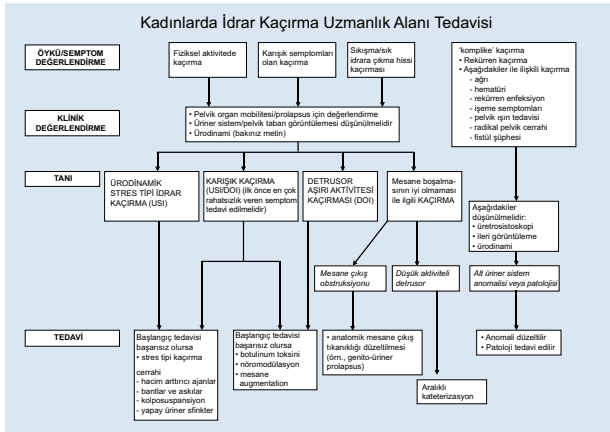
“Komplike” idrar kaçırma tanısı ile uzman yönetimine sevk edilen kadınların alta yatan başka patolojilerin ayırıcı tanısı için sitoloji, sistoüretroskopi veya üriner sistem görüntüleme gibi ek tetkikler gerektirme olasılığı söz konusudur.

## Kadınlarda İdrar Kaçırma için Cerrahi

Cerrahi işlem	ÖD
• Anterior kolporafi	NR
• Transvajinal BNS (iğne)	NR
• Burch işlemi: açık	A
• Burch işlemi: laparoskopik (yalnızca deneyimli cerrahlar tarafından)	B
• Paravajinal	NR
• MMK üretroplastisi	NR
• BN sling: otolog fasya	A

• Sub-üretral slingler (TVT)	A
• Üretral hacim oluşturuvcu ajanlar	B

NR = öneri mümkün değil; BNS = mesane boynu askısı; ÖD = öneri derecesi; MMK = Marshall-Marchetti-Krantz; BN = mesane boynu; TVT = gerilimsiz vajinal bant



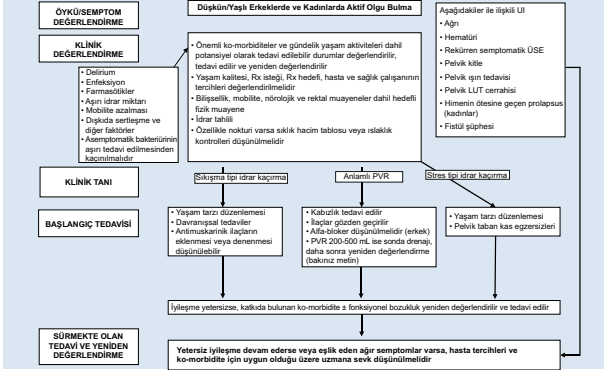
## Düşkün/yaşlı kadın ve erkeklerde UI (İK) yönetimi

Bu hasta grubunda UI çok sık olduğu için tüm düşkün/yaşlı erkek veya kadınlarda UI için aktif olgu bulma ve tarama işlemi yapılmalıdır. Hastaların çoğu aşağıdaki algorithmada yer alan yaklaşımların kombinasyonu kullanılarak başarılı biçimde tedavi edilebilir.

Bazı hastalarda, örneğin ağrı ve hematürisi bulunanlarda, komplike ko-morbiditesi olanlarda veya ilk tedaviye yanıt



## Düşkün/Yaşlı Erkeklerde ve Kadınlarda İdrar Kaçırma Yönetimi



vermeyenlerde uzmana sevk gerekli olabilir. Uzman tedavisi kişiye özel olmalıdır ve büyük oranda hastanın durumuna bağlıdır.

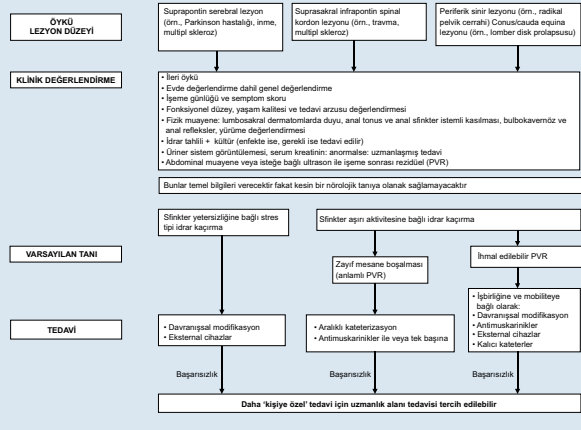
İdrar kaçırma tedavisinde yaş bir kontraendikasyon değildir; fakat hastalar cerrahiden önce dikkatlice değerlendirilmelidir. Bazı hastalarda, bu değerlendirme sonunda olası tek sonuç UI'nın sınırlandırılmasıdır (örn. alt bezi).

## Nörojenik İdrar Kaçırma Yönetimi

Nörojenik idrar kaçırma tedavisinde temel sorun idrar kontrolü ile birlikte böbrek fonksiyonunun korunmasıdır. Sosyal etki, iş göremezlik derecesi ve YK (yaşam kalitesi) de dikkate alınmalıdır.

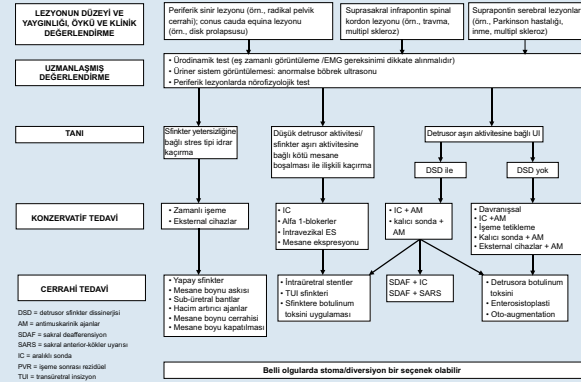
Nörolojik hastalarda AUS fonksiyonu ayrıntılı tanısı için öykü ve klinik muayene yeterli değildir, tanı ve prognozun saptanması için ürodinamik değerlendirme gereklidir.

## Nörojenik İdrar Kaçırma Başlangıç Tedavisi



Başlangıçtaki ampirik tedavi başarısız olursa, tüm nörojenik idrar kaçırma olgularında erken uzmanlık tedavisi endikedir.

## Nörojenik İdrar Kaçırma Uzmanlık Alanı Tedavisi

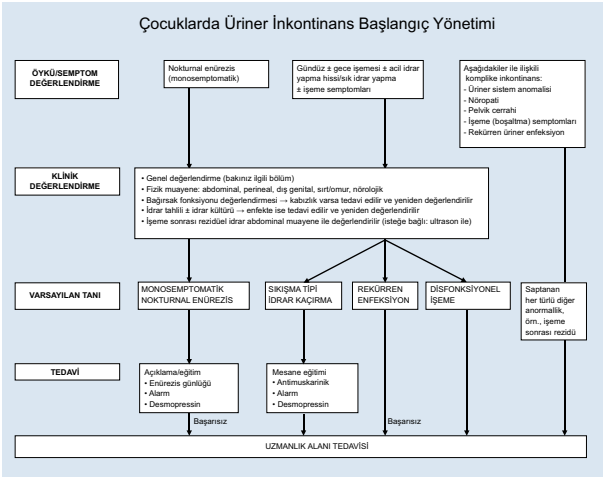


DSD = detrusor sfinkter disinjerisi  
AM = antimuskarinik ajanlar  
SDAF = sakral deafferantasyon  
SARS = sakral anterior kökler uyarısı  
IC = aralıklı sonda  
PVR = işeme sonrası rezidüel  
TUI = transüretrel injezyon

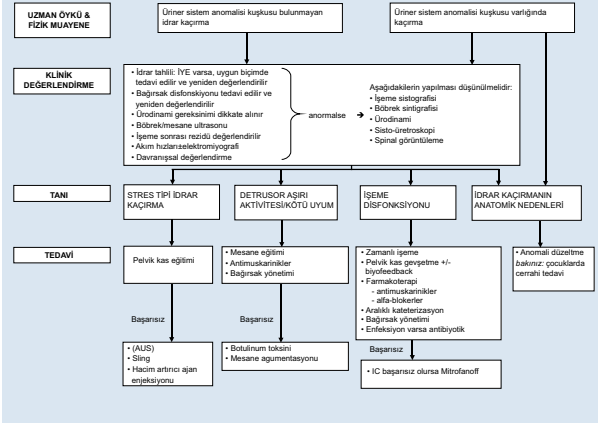
## Çocuklarda İdrar Kaçırma Yönetimi

2006 ICCS konsensuna göre, çocuklarda idrar kaçırma “5 yaş ve üzeri çocuklarda uygunsuz zaman ve yerde alt ıslatma” olarak tanımlanmıştır.

Noktürnal enürezis, idrar kaçırmadan ayırt edilmelidir. İdrar kaçırmada fonksiyonel tam koymadan ve onu tedavi etmeden önce, anatomik üriner sistem anormalliklerinin ayırıcı tanısı yapılmalıdır.



## Çocuklarda İdrar Kaçırma Uzmanlık Alanı Tedavisi



Bu kısa kitapçıkta daha kapsamlı EAU kılavuzu (ISBN 978-90-79754-09-0) temel alınmıştır ve Avrupa Üroloji Derneği üyeleri websitelerinde - <http://www.uroweb.org> bu kılavuza erişebilir.